

**MAPFRE**

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR OU ALTA HOSPITALAR _ SEGURO AUTO

QUESTÕES ADMINISTRATIVAS

1. DADOS DO SEGURADO (TITULAR DA APÓLICE) E DO EVENTO

Nome Completo do Segurado:

CPF do Segurado:

____.____.____ - ____

Data do Sinistro/Acidente:

____ / ____ / ____

2. DADOS DO PACIENTE

Nome Completo do Paciente:

CPF do Paciente:

____.____.____ - ____

Data de Nascimento:

____ / ____ / ____

Sexo:

 Masculino Feminino

3. TIPO DE REMOÇÃO

 HOSPITAL para HOSPITAL* HOSPITAL para RESIDÊNCIA

*Se a remoção for de HOSPITAL para HOSPITAL, é necessário que o cliente/paciente ou seu responsável confirme vaga disponível no hospital de destino, e reserve. E, para este tipo de remoção responda à pergunta abaixo e preencha as informações do quadro a seguir:

Confirmou vaga no Hospital de Destino?

 SIM NÃO

DADOS DO HOSPITAL DE ORIGEM

Nome do Hospital de Origem:

Cidade e UF do Hospital:

Bairro:

Endereço:

Nome do Médico Responsável:

Telefone:

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR OU ALTA HOSPITALAR _ SEGURO AUTO

DADOS DO HOSPITAL DE DESTINO

Nome do Hospital de Destino:

Cidade e UF do Hospital:

Bairro:

Endereço:

Nome do Médico Responsável:

Telefone:

QUESTÕES MÉDICAS – A SEREM RESPONDIDAS PELO MÉDICO RESPONSÁVEL

1. O centro médico/hospitalar que o segurado está hospitalizado possui infraestrutura para o atendimento?

() SIM, possui infraestrutura para o atendimento.

() NÃO, não possui infraestrutura para o atendimento. – Por favor, justifique:

2. O paciente deve ser transportado direto para sua residência ou diretamente para um hospital?

3. A lesão apresentada é decorrente do acidente com o veículo?

4. Favor descrever todas as lesões apresentadas pelo paciente.

5. O paciente sofreu traumatismo crânio-encefálico (TCE)? Caso positivo, por favor descrever o exame neurológico e o laudo de Tomografia Computadorizada (TC) de crânio.

6. Há déficit neurológico? Caso positivo, por favor descrevê-lo.

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR OU ALTA HOSPITALAR _ SEGURO AUTO

7. Houve traumatismo torácico? Caso positivo, favor descrever a lesão e os procedimentos diagnósticos (exame físico e laudo exames de imagem) e terapêuticos realizados.

8. Há lesão ortopédica? Caso positivo, favor descrever lesão e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos realizados. Cirúrgico ou conservador (redução incruenta/imobilização)? Qual o tipo de imobilização? Gessada (circular ou calha), não-gessada, imobilizador externo?

9. Em sua opinião, há indicação cirúrgica? Caso positivo, qual o procedimento cirúrgico indicado? Cirurgia de urgência ou eletiva?

10. O paciente apresenta limitação para deambular e/ou para manter o quadril e os joelhos flexionados?

11. O paciente está recebendo medicação analgésica e anti-inflamatória?

12. O paciente está recebendo medicação anticoagulante? Se positivo, de que tipo e qual a dose?

13. Qual é o nível de hemoglobina?

14. Qual é a saturação de oxigênio em ar ambiente?

15. O paciente necessita de oxigênio suplementar para ser submetido à viagem aérea?

**FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR**

FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR OU ALTA HOSPITALAR _ SEGURO AUTO

16. Em sua opinião, quais são as condições ideais para que o paciente seja transportado por via aérea ou por via terrestre?

17. Houve alguma lesão não citada acima? Caso positivo, favor descrevê-la.

4. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DE RESPONSABILIDADE

NOME COMPLETO DO RESPONSÁVEL, caso não seja o próprio segurado ou o paciente.

CPF DO RESPONSÁVEL, caso não seja o próprio segurado ou o paciente.

_____._____._____-____

TELEFONES DO RESPONSÁVEL, para que o departamento médico possa contatar quando necessário.

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico, com CRM e Carimbo

Local e Data:

_____, _____ de _____ de 20____

FORMULÁRIO DE REMOÇÃO HOSPITALAR

FORMULÁRIO PARA TRANSPORTE DE REMOÇÃO INTER HOSPITALAR OU ALTA HOSPITALAR _ SEGURO AUTO

ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO E ENVIO DESTE FORMULÁRIO

Caro Segurado, este formulário deve ser preenchido e encaminhado aos cuidados da Seguradora, seguindo as orientações abaixo:

- Todos os dados e informações solicitados neste formulário são de característica obrigatória;
- Na ausência ou rasura de algum dado ou informação, o formulário precisará ser refeito e reencaminhado à Seguradora;
- A data do formulário deve ser a mesma data de solicitação do transporte e da viagem;
- Caso seja mais de uma pessoa hospitalizada, é necessário que seja preenchido e encaminhado um formulário por cliente/paciente.
- Junto a este formulário, deve ser encaminhado um LAUDO MÉDICO emitido pelo médico responsável que atende ou atendeu o cliente/paciente no Hospital de Origem;
- Tanto o Formulário de Remoção Hospitalar quanto o Laudo Médico não podem conter rasuras e, caso o tenha precisará ser refeito;
- O meio de transporte será definido de acordo com situação de saúde do cliente/paciente, a partir da análise deste formulário e do Laudo Médico, pelo Médico da Seguradora;
- O meio de transporte será definido exclusivamente pela Seguradora;
- O serviço de Remoção Hospitalar é ofertado apenas ao(s) ocupante(s) do veículo segurado, que ocupava(m) o veículo durante o sinistro (acidente) e que foi(foram) hospitalizado(s).

Após preenchidos, carimbados e assinados, encaminhe o Formulário de Remoção Hospitalar e o Laudo Médico para os endereços de E-mail: remocaohospitalar@bbmapfre.com.br e bracosiam@brasilassistencia.com.br, com as orientações abaixo:

- I. Assunto do E-mail:
"NOME DO SEGURADO + PLACA DO VEÍCULO"
- II. Corpo do E-mail